

(別紙様式 6)

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書

(令和元年 7 月 1 日現在)

都道府県名

保険医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字を 記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科
報告種別 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 1. 一般病床200床以上の病院(2.を除く。) <input type="checkbox"/> 2. 特定機能病院及び許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床)の数が400床以上の地域医療支援病院
許可病床の数		床
徴収額	1. 初診に係る特別の料金	【医科】 円(消費税含む) / 【歯科】 円(消費税含む)
	2. 再診に係る特別の料金	【医科】 円(消費税含む) / 【歯科】 円(消費税含む)

※初診や再診に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。